

FAX送信票

(福岡市民病院 開放型病床共同指導連絡専用)

ご来院していただく 医療機関名 _____
(先生のお名前)

来院予定日	月 日 (曜日)
予定時刻	午前 ・ 午後 時頃
患者様のお名前 と 診療科名	様 内科 ・ 神経内科 ・ 循環器内科 ・ 腎臓内科 ・ 感染症内科 ・ 外科 整形外科 ・ 脳神経外科 ・ 血管外科 ・ 放射線科 ・ 眼科 ・ 救急科
ご来院の目的	診察 ・ 検査 ・ 手術 ・ 自己研修 ・ その他 ()

FAX

地域医療連携室

092-632-3431

(平日 午前8時30分～午後5時)